Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ERIKA CORTES						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1012371303	
CORREO ELECTRONICO:	ejcortesn@gmail.com				CELULAR:	3176559751	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VIGILANCIA SANITRIA AMBIENTAL FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03K31	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	29991920623				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	2550			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	2633	FECHA	2023-10-31 10:29:41.000	NÚMERO DE CRP	54457	FECHA	2023-10-31 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNOLOGO AMBIENTAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-10-01		2023-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,102,668				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$22,423,680
VALOR EJECUTADO	$22,423,680
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,102,668
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
71023463	$1,045,651	$130,706	$167,304	3	$25,472	$323,483

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Diego Castillo
79837057
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1.Realizar, liderar o apoyar visitas de inpeccion vigilancia y control, toma y envio de muestras y operativos, en las diferentes lineas de intervencion o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que se asignado, afines al perfil profesional a lo establecido en los documentos tecnicos, estandares y plan de accion en el contrato vigente entre la subred y la secretaria distrital de salud	Apoyo al la Linea de ETOZ con Vacunación Antirrábica: Localidad de Kennedy y Fontibon de acuerdo a la distribución por parte de la Lider	Planillas de vacunación de 592 mascotas
2.Apoyar las actividades de control vectorial, vacunación canica y felina demas acciones relacionadas de la linea de eventos transmisibles de origen zoonotico	Apoyo al la Linea de ETOZ con Vacunación Antirrábica: Localidad de Kennedy y Fontibon de acuerdo a la distribución por parte de la Lider	Planillas de vacunación de 592 mascotas
3.Brindar apoyo tecnico a la comunidad en normativa sanitaria y ambiental.	Brindar apoyo tecnico a la comunidad en normativa sanitaria y ambiental.	Se brinda apoyo
4.Presentar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como los respectivos cronogramas, de las actividades o acciones a realizar y realizadas.	Presentar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades.	Cronogramas semanales de jornadas, planillas de vacunación, acta de reunión jornada en UCA
5.Entregar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de informacion en vigilancia sanitaria y otros;	Se realizan cuatro entregas de avance de actividades	Planillas de vacunación de 592 mascotas
6.Acompañamiento a las auditorias internas y externas en caso de requerirse	Revisar a modo de preauditoría en cada entrega	Se realizan preauditoría a productos
7.Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas;	Revisar a modo de preauditoría en cada entrega	Se realizan preauditoría a productos para realizar correcciones a tiempo
8.Mantener la confidencialidad de la informacion, reservas de los sistemas de informacion, derechos de autor en desarrollo de aplicaciónes y programas tecnologicos, registro de soporte logistico (software), de su perfil en su componente de vigilancia sanitaria y ambiental	Mantener la confidencialidad de la información, reservas de los sistemas de información.	Se mantiene
9.Atender y dar respuesta oportuna a peticiones,solicitudes o quejas presentadas por la comunidad	Atender y dar respuesta oportuna a solicitudes de la comunidad	Atención a jornadas solicitadas por usuarios
10.Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que sean asignados y/o delegados;	Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que sean asignados y/o delegados	Listas de asistencia, actas de reunión
11.Apoyar la realizacion de jornadas, actividades y eventos de interees del area de salud publica o demas actividades de la subred, cuando sea requerido.	Apoyar jornadas extramurales de la subred	Acta turno en UCA
12.Conocer, promover y aplicar las politicas institucionales que garantizen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfaccion del cliente interno y externo de la subred	Conocer, promover y aplicar las politicas institucionales que garanticen los objetivos corporativos	Conozco y aplico.
13.Llevar en forma ordenada un archivo físico o magnético de fácil consulta y verificación.	Llevar en forma ordenada un archivo físico o magnético de fácil consulta y verificación	Consulta de jornadas anteriores, y cronogramas, planillas de vacunación

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Diego Castillo
79837057
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012371303	ERIKA JHOHANA CORTES NAVARRO	Dg 73 B sur 82 F 21	7947098	ejcortesn@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	10/10/2023	71023463	$361.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	7	1.100	0	146.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	7	1.400	0	187.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	28.300				28.300	7	300	28.600			283	28.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	146.100
Pensión	1	185.600	187.000
Riesgos Laborales	1	28.300	28.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	361.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012371303	ERIKA JHOHANA CORTES NAVARRO		Dg 73 B sur 82 F 21	7947098	ejcortesn@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	10/10/2023	71023463	$361.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012371303	CORTES NAVARRO ERIKA JHOHANA	57	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	3	28.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ERIKA JHOHANA CORTES NAVARO

C.C 1012371303 DE BOGOTA

La suma de $2'102.668 por concepto de: Tecnóloga en Saneamiento Ambiental durante el periodo de 1 al 31 de octubre de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2550-2023.

18 10 23

ERIKA JHOHANA CORTES NAVARRO

CC 1012371303

CUENTA DE AHORROS 29991920623

BANCOLOMBIA

1 General Information
2 Conditions
3 Catalogue Items
4 Attestation Documents
5 Contract Document
6 Budget Information
7 **Contract Execution**
8 Contract Versions
9 Non-Compliances

Cancel | < Buyer Evaluation >

VIEW CONTRACT

Contract Execution

Contract Execution

○ Percentage ○ ItemReception

Contract Invoice

Registration authorization is needed? ○ Yes ◉ No

Payment ID	Invoice Nr	Issue Date	Reception Date	Invoice Total Value	State

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Create

Contract Execution Documents

Contract Execution Documents

	Description	File Name	Uploaded by		
☐	Pago 1.pdf	Pago 1.pdf	Supplier	download	Detail
☐	Pago 2.pdf	Pago 2.pdf	Supplier	download	Detail
☐	Pago 3.pdf	Pago 3.pdf	Supplier	download	Detail
☐	Pago 4.pdf	Pago 4.pdf	Supplier	download	Detail
☐	Certificación pago mayo.pdf	Certificación pago mayo.pdf	Supplier	download	Detail
☐	Certificación pago abril.pdf	Certificación pago abril.pdf	Supplier	download	Detail
☐	Certificación pago marzo.pdf	Certificación pago marzo.pdf	Supplier	download	Detail
☐	Certificación pago febrero.pdf	Certificación pago febrero.pdf	Supplier	download	Detail
☐	Certificación pago junio.pdf	Certificación pago junio.pdf	Supplier	download	Detail
☐	Certificación pago julio.pdf	Certificación pago julio.pdf	Supplier	download	Detail
☐	Certificación pago agosto.pdf	Certificación pago agosto.pdf	Supplier	download	Detail
☐	Certificación pago septiembre.pdf	Certificación pago septiembre.pdf	Supplier	download	Detail

Remove selected | Upload new

Cancel | < Buyer Evaluation >